

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N° 354

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

par

Georges BERNARD

Né le 10 Novembre 1917, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

9 DEC 1943

DE L'ALVÉOLITE AIGUË
ET DES
CONCEPTIONS MODERNES
DE SON TRAITEMENT

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1943

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **BERNARD.**

Prénom : **Georges.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

BERNARD (Georges). — De l'Alvéolite aiguë et des conceptions modernes de son traitement. Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 75 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

BERNARD (Georges). — De l'Alvéolite aiguë et des conceptions modernes de son traitement. Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 75 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

BERNARD (Georges). — De l'Alvéolite aiguë et des conceptions modernes de son traitement. Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 75 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

BERNARD (Georges). — De l'Alvéolite aiguë et des conceptions modernes de son traitement. Paris, Imp. R. Foulon, 1943, in-8°, 75 p., 1 fig.

(Thèse Médec. (Et.), Paris 1943, N°.....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1943

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

par

Georges BERNARD

Né le 10 Novembre 1917, à Paris.

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

DE L'ALVÉOLITE AIGÜE
ET DES
CONCEPTIONS MODERNES
DE SON TRAITEMENT

Président : M. LEMAITRE, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1943



LE DOYEN..... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive.....	N...
Médecine légale	DUVOIR
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLERY-RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRE.
Hygiène et clinique de la première enfance....	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux....	CADENAT.
Clinique des maladies infectieuses	BROCQ.
Clinique chirurgicale	QUENU.
	MONDOR.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	N...
Clinique d'accouchement	N...
	PORTES.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ...	LEVEUF.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	DE GENNES	Pathologie médicale.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etien.)	Pathologie médicale.	LACOMME	Obstétrique.
BESANÇON Justin.	Hydrologie.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BONNET	Bactériologie.	LAVIER	Parasitologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BROUET	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CACHERA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CORDIER	Anatomie.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
COUVELAIRE (Roger)	Urologie.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELARUE	Anatomie pathologique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
DEGREZ (H.).	Physique.	RENARD	Ophtalmologie.
DESOILLE	Médecine légale.	RICHET	Physiologie.
DIGONNET	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.	SOULIE	Pathologie médicale.
FEVRE	Pathologie chirurgicale.	SUREAU	Obstétrique.
FUNCK-BRENTANO	Pathologie chirurgicale.	TURPIN	Pathologie médicale.
GALLIARD	Parasitologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
GARCIN	Pathologie médicale.		
Mlle GAUTHIER-VILLARS	Anatomie pathologique.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.	HUGUENIN	Anatomie pathologique.
CHAILLEY-BERT .	Physiologie.	LE LORIER	Obstétrique.
GUENIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE .	Parasitologie.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgicale.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
		VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULE		GATELLIER	
CHEVALLIER ..		DE GAUDART ..	
LAROCHE Guy ..		D'ALLAINES ..	
MOREAU		MOULONGUET ..	
SEZARY		MOURE	

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N... ..	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE
Chirurgien-Dentiste

A MA FEMME
étudiante en chirurgie dentaire

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Fernand LEMAITRE

Professeur de clinique O.R.L. à la Faculté de Médecine

Chef du Service d'O.R.L. de l'Hôpital Piccini

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Robert FLEURY

Stomatologiste des Hôpitaux

Chef de Service à l'Hôpital Bichat

*Qui par son enseignement et son exemple
nous a communiqué la foi dans la spécialité.*

*Qu'il trouve ici l'assurance de notre très
vive reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Lucien MESNARD
Stomatologiste adjoint de l'Hôpital Bichat

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
En témoignage de notre reconnaissance.*

A Monsieur le Docteur Michel DECHAUME
Stomatologiste des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hospice Saint-Vincent de Paul
Chargé de cours de Stomatologie
à la Faculté de Médecine de Paris

A Monsieur le Docteur André LATTES
Stomatologiste des Hôpitaux
Chef de Service de l'Hôpital Cochin

Qui nous ont aidé de leurs précieux conseils.

Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre vive gratitude.

A TOUS NOS MAITRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A la mémoire de M. le Professeur Emile SERGENT

A M. le Professeur Paul MATHIEU

A M. le Docteur Raymond MONIER-VINARD

A M. le Professeur agrégé Ernest DESMAREST

Qui nous ont formé à l'esprit médical.

*En témoignage de notre reconnaissance
respectueuse.*

A NOS MAITRES DE L'ECOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

*En remerciement pour la formation de
spécialiste qu'ils nous ont donné.*

INTRODUCTION

« Il n'est peut-être pas d'affections douloureuses en présence desquelles nous soyons plus désarmés que lorsque nous avons à traiter une alvéolite ou une névrite consécutive à une avulsion dentaire. Malgré tous les soins hygiéniques, antiseptiques et anesthésiques donnés à l'alvéole... malgré tous les analgésiques possibles, nous voyons des patients continuant à souffrir parfois de façon atroce, et cela pendant des jours et quelquefois des semaines. »

Ces lignes furent écrites, en 1922, par le Dr Chompret et depuis vingt ans le problème que pose au praticien de l'Art Dentaire le traitement des alvéolites aiguës post-opératoires n'a pas été résolu. Et pourtant, rien n'est plus pénible pour le spécialiste instruit et consciencieux que d'assister, impuissant, à une souffrance dont il se sent, malgré lui, responsable et qu'il se voit incapable de soulager.

Pour le malade, la position d'esprit est encore plus fâcheuse, car il accuse ouvertement l'opérateur des suites douloureuses de son extraction : Pour lui, la faute opératoire ne fait pas de doute. Cette idée de l'incapacité du praticien sera encore fortifiée, chez le malade, par la constatation de l'impuissance de l'homme de l'Art à porter remède à son mal.

Si dans leurs publications, et même dans les traités classiques, les auteurs n'accordent aux alvéolites post-opératoires qu'un intérêt limité, il y a à ce fait une explication qui est une excuse : la gêne d'avouer leur igno-

rance de l'étiologie de l'affection, et l'impuissance de leur Thérapeutique. A un moment où notre spécialité évolue presque en galopant, il n'est pas d'exemple d'entités morbides plus embarrassantes, à genèse plus incertaine, à prophylaxie et à traitement moins bien établis, que les alvéolites aiguës consécutives aux extractions.

Le but de ce travail est donc essentiellement pratique : il vise à donner au praticien un moyen efficace d'agir sur le facteur douleur, qui domine le tableau clinique.

Nous n'avons pas la prétention d'apporter des notions entièrement nouvelles sur le sujet; mais nous avons simplement pour but de fixer les données essentielles du problème, de les éclairer de nos conceptions pathogéniques qui nous permettent à la fois de justifier la thérapeutique proposée, et de rattacher une question de notre pathologie spéciale aux grands problèmes de physio-pathologie générale.

Nous aurons ainsi réussi à atteindre un double but qui est l'idéal du médecin :

- soulager la souffrance du malade et le guérir,
 - satisfaire la curiosité de l'esprit scientifique qui cherche une explication à tous les phénomènes qu'il observe pour les connaître et les dominer.
-

HISTORIQUE

L'étude pathologique des maxillaires est aussi vieille que la médecine.

Hippocrate s'exprime ainsi :

« A Oeniades, chez les frères Phœnix et André, un côté de la mâchoire se gonfla, ainsi que la partie de la lèvre attenante à la mâchoire et jusque vers l'œil. En examinant l'intérieur de la bouche, on n'apercevait rien, et au dehors il n'y avait pas de suppuration. Mais la mâchoire fut frappée d'une pourriture sèche et Phœnix mourut le septième jour. »

Il est en effet dans les traditions, pour une thèse de Médecine, de faire remonter l'historique de la question envisagée jusqu'à Hippocrate, en passant par Paracelse et Galien. Pour une thèse de Chirurgie, l'auteur se doit de se couvrir de l'autorité d'Ambroise Paré.

Dans un travail qui intéresse une affection bucco-dentaire, il est juste d'évoquer le nom de Fauchard. Nous ne prétendons certes pas que ce génial précurseur de l'Art Dentaire Moderne ait consacré une étude aux alvéolites post-opératoires; mais les affections alvéolaires, avec leurs processus de nécrose osseuse, ne lui étaient pas inconnues, comme en témoigne le passage suivant:

« L'humeur scorbutique, dit-il, entraîne non seulement la perte de l'alvéole, mais elle peut pénétrer plus avant, et produire la carie plus ou moins étendue des os maxillaires. »

Quand on recherche des documents sur les alvéolites

post-opératoires, on s'aperçoit qu'il faut arriver à une époque tout à fait récente, pour voir les auteurs faire mention de cette complication des extractions dentaires.

Il ne faut pas oublier, en effet, dans quelles conditions et par qui ces extractions étaient pratiquées jusqu'à la fin du xix^e siècle. L'avulsion dentaire, en tant qu'opération chirurgicale, pourvue d'une technique rigoureuse, n'existait pas. L'« arrachement » de la dent était opéré au moyen des instruments les plus brutaux. Les différentes « pinces » et « élévatoires » étaient maniés avec violence, par des gens qui ignoraient tout de l'anatomie et de la physiologie de l'articulation alvéolo-dentaire. Les délabrement osseux causés étaient souvent considérables, ainsi qu'en témoigne le récit suivant que nous rapportent John et Charles Tomes, dans leur traité de Chirurgie dentaire écrit vers le milieu du siècle dernier :

« Le Gentleman, sujet de cette observation, avait eu le malheur de se briser la couronne d'une dent; dans une tentative faite pour extraire la racine à l'élévatoire, l'instrument glissa et détacha la tubérosité du maxillaire, avec une partie du plancher de l'antre et une portion de l'os sphénoïde... » Ce n'était déjà pas mal comme résultat! et pourtant les dégâts ne s'arrêtèrent pas là : « Dans les efforts que l'on tenta ensuite pour retirer la portion fracturée à l'aide d'une pince à racines, la dent et le crochet de l'apophyse ptérygoïde furent également séparés; des fibres des muscles ptérygoïdiens externe et interne vinrent aussi... »

On conçoit que, dans de telles conditions, l'observation des accidents infectieux et douloureux secondaires aux extractions, n'était pas limitée au cadre restreint de l'inflammation alvéolaire!

Et dans les « cas heureux », où l'extraction de la dent en cause ne s'était accompagnée ni de fracture de la racine, ni de destruction importante d'une portion de l'os maxillaire, le patient était très heureux d'en être quitte à si bon compte! Les douleurs consécutives, pour

pénibles qu'elles fussent, ne lui semblaient qu'un incident sans importance, comparées aux accidents auxquels il avait échappé...

Au risque de proférer une lapalissade, nous dirons que, pour observer une alvéolite, il fallait qu'il reste encore un alvéole après l'intervention!

Aussi paradoxal que cela paraisse, l'alvéolite aiguë douloureuse est née en quelque sorte de nos méthodes modernes d'opération : le traumatisme opératoire, étant strictement limité à l'alvéole, les manifestations post-opératoires secondaires s'y trouvent également limitées.

C'est dire que l'individualité clinique de l'affection n'a pu être précisée qu'à la suite d'une double évolution :

— celle de notre art, qui a perfectionné ses techniques, et celle de la sensibilité des patients, qui est allée en s'affinant. Le malade est habitué, désormais, à exiger l'insensibilisation non seulement pour l'extraction elle-même, mais également pour ses suites; le progrès de notre Science, en lui faisant perdre l'habitude de la souffrance, a créé pour nous une nouvelle catégorie de malades inconnus de nos prédécesseurs. Et cela est d'autant plus net, que c'est précisément l'anesthésie locale, qui, destinée à supprimer la douleur, se révèle dans certains cas un facteur déterminant des réactions douloureuses secondaires.

Les auteurs anglais John et Charles Tomes, dans leur ouvrage déjà cité, parlent d'« inflammation possible de la gencive et du périoste alvéolaire d'une certaine durée après l'extraction » et ajoutent, « nous ne saurions dire quels moyens préventifs on pourrait lui opposer »; c'est la première mention des alvéolites post-opératoires. Les auteurs américains Harris et Austen, de Baltimore, dans leur traité de *l'Art du dentiste*, publié en 1884, mentionnent les premiers l'existence « d'accidents névralgiques consécutifs aux extractions. La durée de la douleur est variable : quelquefois elle ne disparaît qu'au bout de quelques jours et même de quelques semaines. »

Nogué, dans ses « cliniques stomatologiques » de 1902, nous rapporte l'observation d'une alvéolite chronique suppurée, accompagnée de violentes névralgies faciales à type névralgie essentielle, guérie par le curettage et la cautérisation du foyer alvéolaire.

Friteau, dans son *Manuel du Chirurgien-Dentiste*, et Gaillard et Nogué, dans le *Traité de Stomatologie* (tome IV), signalent simplement l'existence d'accidents sympathiques névralgiques, secondaires aux avulsions dentaires.

C'est à Preiswerk, dans son *Atlas des maladies des Dents*, que revient le mérite d'avoir dissocié les simples douleurs post-opératoires banales, des névralgies qui « s'établissent tout aussi violentes après un certain temps après l'opération » ; et il ajoute plus loin : « Ces douleurs tardives sont également le fait d'une inflammation secondaire de l'alvéole, au contact duquel sont restées après l'extraction des granulations venant du ligament chroniquement infecté. »

Le terme d'alvéolite, nous le trouvons employé pour la première fois par Chompret, qui devait être aussi le premier à apporter un traitement efficace des douleurs observées, en introduisant, en 1922, l'emploi du Scuro-forme en Stomatologie.

Quant à la description complète de l'alvéolite aiguë, tant dans ses manifestations que dans son évolution, elle est due à la plume remarquablement précise de M. Schneider, de Luxembourg. C'est en 1928 que l'auteur a consacré une étude très détaillée à la question, et en a définitivement établi l'individualité clinique. Nous ne saurions mieux faire, pour terminer cet historique, que de reproduire ci-dessous le tableau qu'en a brossé M. Schneider. Il décrit en ces termes le retour du malade deux jours après l'extraction.

« Or, le surlendemain, votre patient revient vous consulter pour des douleurs « atroces » à la plaie d'extraction, douleurs continues, irradiantes, avec exacerbations

insupportables. Il vous racontera, sans aménité, qu'elles se sont installées la veille déjà pour aller croissantes malgré tous les soins de bouche et tous les « cachets » absorbés. Il a quelque température, la dépression est visible. Il n'y a pas de gonflement. Les ganglions sous-maxillaires sont grossis et douloureux.

A l'inspection, l'alvéole, entouré d'une muqueuse modérément rougie, est vide de caillot et garnie d'un magma boueux d'une odeur fétide communiquée à l'haleine. Le contact d'un instrument sur l'os à nu y provoque une souffrance vive.

C'est l'infection aiguë de l'alvéole — ou alvéolite aiguë — qui, à défaut d'un traitement approprié, persistera, tenace, avec tout son cortège de symptômes objectifs et subjectifs pénibles, pendant huit ou quinze jours. Puis, les douleurs cessent, de menus séquestres écaillés se détachent des parois et tout rendre dans l'ordre. »

DEFINITION

Toute définition, pour être complète, doit être à la fois descriptive et délimitatrice.

Deux faits revêtent une importance toute particulière dans l'alvéolite aiguë :

D'une part, la participation inflammatoire d'une partie nettement limitée de l'os maxillaire: l'alvéole.

D'autre part, le facteur douleur, qui domine le tableau clinique, et reste la préoccupation constante des divers traitements appliqués.

On pour donc la définir:

Ostéite superficielle aiguë de l'alvéole, consécutive à une avulsion dentaire, à tendance nécrosante et s'accompagnant d'un syndrome douloureux intense.

Cette définition élimine:

Dans le domaine des névralgies secondaires aux extractions:

— Les douleurs post-opératoires banales.

Elles se différencient des douleurs de l'alvéolite aiguë non seulement par leur plus faible intensité, mais encore par leur constance presque absolue après toute avulsion:

Elles apparaissent précocement dans les heures qui suivent l'opération; puis on observe leur cessation rapide, dans un délai de vingt-quatre heures environ après l'acte chirurgical.

Dans le domaine des lésions osseuses:

— Les fractures incomplètes du rebord alvéolaire qui

ne s'accompagnent jamais d'une nécrose osseuse tendant vers l'élimination d'un séquestre.

Mais à leur niveau, on observe une sensation de gêne continue, et le simple contact peut provoquer des douleurs assez intenses.

Il s'agit là d'un éréthisme réactionnel des nerfs sensitifs de l'os fêlé et de la fibro-muqueuse traumatisée.

— Les ostéites périodentaires chroniques, dites tardives, dont M. Schneider nous donne la description suivante :

« Ce sont des ostéites raréfiantes qui, d'après Melchior, Weber, Siegmund, partent toujours d'un granulome, resté au fond d'un alvéole après extraction de la dent. Elles se développent aux dépens de la substance spongieuse du corps du maxillaire, lentes, atones, sans phénomènes inflammatoires ou douloureux appréciables. C'est six mois, un an après l'extraction, que le malade consulte parce qu'il ne voit pas la fin de quelque suintement discret de la muqueuse, à l'endroit où a été enlevée une dent. Pas de rougeur, un peu de sensibilité spontanée ou à la pression. La radiographie décèlera toujours une zone claire par raréfaction osseuse, pouvant atteindre plusieurs centimètres carrés de surface. Le diagnostic est facile, la guérison suit sûrement le curettage des granulations qui tapissent le foyer. »

Nous donnerons à ces formes torpides, silencieuses et prolongées de l'inflammation osseuse à point de départ alvéolaire, le nom d'alvéolites suppurées chroniques : marquant ainsi qu'elles s'opposent aux alvéolites aiguës, tant par le caractère plus étendu et plus profond de l'ostéite, que par l'absence de douleurs spontanées violentes.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTERIOLOGIE

L'anatomie pathologique de l'alvéolite aiguë est bien différente suivant le stade de l'affection à laquelle on la considère. L'observation des lésions anatomiques va nous permettre, en effet, de distinguer deux périodes.

1° LE STADE D'ALVÉOLITE SÈCHE.

C'est une période marquée par l'absence des phénomènes réactionnels, observés à la suite de toute extraction. Les processus de défense normaux représentés par la constitution d'un caillot, sont paralysés : la plaie opératoire se laisse passivement envahir par la flore microbienne buccale, d'où infection osseuse superficielle. La gencive est rouge, autour de l'alvéole qui reste béant dans toute cette période.

Le caillot normal n'existe pas, ou, s'il existe, il est de mauvaise qualité, s'infecte, et ne comble pas la cavité alvéolaire.

A l'exploration l'os apparaît dénudé, sec et nous insistons sur ce fait qui suffit à lui seul à diagnostiquer l'affection : les auteurs anglais, frappés par cet aspect caractéristique, lui ont appliqué le terme expressif de « Dry-Socket » — Alvéole sec.

2° LE STADE D'ALVÉOLITE PROLIFÉRATRICE.

Il succède au précédent une douzaine de jours après le début de l'affection : l'alvéole se comble de bourgeons rouge-violacé, qui vont souvent s'extérioriser au cours de leur prolifération exubérante. Ces bourgeons saignent au

moindre contact, et si on les écarte, on aperçoit certaines parties de la paroi alvéolaire nécrosée en voie de séquestration. Ces esquilles, de taille et de nombre variables, s'éliminent spontanément; ce sont elles, dont le malade constate la présence au contact de sa langue, et lui font dire « qu'il sent un bout d'os qui dépasse ».

Séquestration de l'os nécrosé, exagération de la prolifération du tissu de réparation, sont deux phénomènes concomitants dont nous comprendrons l'importance et la signification, lorsque nous étudierons la pathogénie.

Mais disons tout de suite que c'est l'ischémie primitive de l'alvéole qui, en favorisant le développement de l'ostéite, entraîne la nécrose d'une partie de la paroi osseuse qui va s'éliminer. Or, cette séquestration coïncide avec la prolifération d'un tissu de bourgeonnement conjonctivo-vasculaire dont le développement s'explique par la congestion active réactionnelle.

Cette opposition, entre les deux stades de l'alvéolite aiguë que nous venons de décrire, est si évidente que certains auteurs décrivent deux alvéolites :

— Une alvéolite précoce, à forme névralgique : où prédominent les phénomènes douloureux, qui accompagnent toujours le stade d'alvéolite sèche.

— Une alvéolite tardive, à forme ostéitique : où dominent les processus de nécrose et de destruction osseuse, qui se manifestent au stade d'alvéolite prolifératrice.

En réalité, comme nous l'avons montré, toute alvéolite aiguë passe par les deux stades précédemment décrits. Et deux cas peuvent se présenter en clinique :

— Ou bien, il nous est donné de voir le malade au stade d'alvéolite sèche douloureuse, et la thérapeutique mise en œuvre aura efficacement agi sur le facteur douleur; nous ne reverrons plus le malade dont nous aurons soulagé la souffrance. Mais les troubles trophiques signalés au second stade n'en seront pas moins anatomiquement présents, même s'ils ne s'accompagnent que de signes subjectifs très frustes.

— Ou bien, le premier stade ne s'est accompagné que d'une symptomatologie douloureuse insignifiante; le malade ne revient nous voir qu'au moment où l'ostéite, par son processus de nécrose, a libéré un ou plusieurs séquestres qui blessent la plaie alvéolaire. C'est ce trouble mécanique minime qui, par la gêne qu'il occasionne, ramène le patient sur notre fauteuil, au stade ultime de l'affection.

Nous avons vu, au début de notre étude anatomo-pathologique, que l'infection alvéolaire se développait, en raison de la non-formation ou de la mauvaise qualité du cailliot. Quarante-huit heures après l'avulsion, l'examen local révèle la présence d'un magma putride témoignant de la virulence des germes qui ont proliféré.

Quels sont les agents pathogènes responsables de l'infection alvéolaire aiguë? Ce sont les auteurs américains Schroff et Bartels qui ont étudié la bactériologie des alvéolites.

D'après leurs propres observations, et celles d'autres auteurs rapportées par eux, ce sont des spirochètes et des bacilles fusiformes qui sont presque constamment mis en évidence. « Sur 200 examens buccaux, dans lesquels la bouche était supposée à être le point de départ de phénomènes infectieux, on trouva 63 fois des bacilles fusiformes et spirochètes... Il faut noter que dans toutes les observations des auteurs, la présence de bacilles fusiformes et de spirochètes fut constatée dans les alvéoles douloureux et que, dès que la douleur eut disparu, la présence de ces micro-organismes ne fut plus décelée... »

Et les auteurs de conclure que ces microorganismes étant anaérobies, il y a intérêt à essayer d'empêcher leur développement en rendant le milieu impropre à leur culture : il suffirait alors d'employer le perborate de soude qui, par son dégagement d'oxygène, agirait comme bactériostatique.

Nous retiendrons cette conclusion, sur laquelle nous aurons lieu de revenir au chapitre Thérapeutique.

TABLEAU CLINIQUE

Voici un malade chez lequel nous avons pratiqué l'avulsion d'une première prémolaire inférieure droite, par exemple. L'opération s'est déroulée avec le minimum de traumatisme; c'est-à-dire que nous supposons réduite, le plus possible, l'importance des facteurs étiologiques favorisants que nous classerons dans un autre chapitre.

Analysons simplement les faits, tels qu'ils se présentent dès la fin de l'intervention. Dès les premiers instants, l'œil averti est frappé par l'aspect de sécheresse de l'os: l'alvéole aussitôt déshabité n'a pas saigné franchement, premier indice d'un trouble vaso-moteur. Dans les heures qui suivent l'avulsion, l'observateur pourra constater la non-formation du caillot, dont le rôle est de protéger l'alvéole de ce que Leriche appelle les « injures extérieures ». Pourtant, le malade ne se plaint pas, ou tout au plus ressent-il quelques menus élancements, normaux après toute extraction. Le contact de la plaie est modérément douloureux.

Vingt-quatre heures après, la situation du malade demeure stationnaire : l'état général est légèrement déprimé, mais les signes physiques et fonctionnels sont inchangés. Ce n'est que le surlendemain, ou même trois ou quatre jours après l'extraction, que va éclater la véritable « crise alvéolaire », dont nous avons rapporté la description de M. Schneider, à la fin de notre historique de la question.

Une fois franchie cette période d'une dizaine de jours, dominée par la souffrance du malade, va succéder une

phase ultime, où c'est à nouveau l'œil du clinicien qui pourra suivre l'évolution de l'affection : Elle est en effet marquée, comme nous l'avons vu, par une prolifération exagérée du tissu de bourgeonnement qui doit combler l'alvéole; — tissu trop richement vascularisé, congestionné, et par conséquent impropre à la reprise de l'ostéogénèse.

En somme, dans l'alvéolite aiguë — affection osseuse dominée par une symptomatologie douloureuse — on peut décrire :

— soit deux périodes, si on considère la marche des troubles infectieux et trophiques.

C'est à cette division que nous nous sommes ralliés pour notre étude anatomo-pathologique, où nous avons décrit deux périodes : le stade d'alvéolite sèche et le stade d'alvéolite prolifératrice.

— Soit trois phases, si l'on se place au point de vue de la symptomatologie douloureuse :

1° Une phase *préalgique*.

Elle constitue une période de latence de deux à trois jours, au cours de laquelle les troubles subjectifs accusés par le malade sont très minimes. Nous verrons, en étudiant la pathogénie de l'alvéolite aiguë, la signification de cette phase.

2° Une phase *hyperalgique*.

Ce sont les signes fonctionnels qui dominent : ils sont représentés par des douleurs très vives, pongitives, térébrantes, irradiées, paroxystiques, apparaissant particulièrement la nuit et empêchant le sommeil ; parfois calmées par la chaleur humide, toujours exacerbées par la chaleur sèche.

On peut observer des douleurs à type de névrite radiculaire, siégeant aux points d'émergence, ou bien de vraies causalgies faciales, avec sensation de brûlure et hyperesthésie cutanée.

Quant aux signes physiques, ils sont représentés par

la sensation horriblement pénible, que provoque le contact de l'os alvéolaire dénudé. Parfois, du même côté, les ganglions sont tuméfiés et douloureux.

Cette phase est celle qui exige le plus l'intervention d'une thérapeutique appropriée. Celle-ci, la plupart du temps, reste purement symptomatique et ne vise qu'à l'atténuation de la douleur, sans chercher à en atteindre la cause. Mais qu'elle ait été efficace ou non, elle n'aura que peu d'influence sur les troubles trophiques. Toute cette période douloureuse de l'affection correspond, en effet, au stade anatomique d'alvéolite sèche. Or, si l'alvéolite sèche — qui succède immédiatement à l'intervention — ne reçoit pas de traitement, la durée de son évolution anatomo-pathologique coïncidera exactement avec la phase clinique hyperalgique. Ce n'est que dans les cas où une thérapeutique efficace aura été mise en jeu que nous pourrons constater l'existence d'une période d'alvéolite sèche non douloureuse.

3° *Une phase post-algique.*

Elle apparaît d'autant plus rapidement, que le traitement aura été plus précocement appliqué. En cas d'évolution naturelle de l'affection, cette phase clinique correspond exactement au stade d'alvéolite prolifératrice de la division anatomo-pathologique.

Elle s'installe progressivement entre le dix et le quinzième jour après l'extraction, s'annonçant par une diminution notable des douleurs.

Les signes fonctionnels sont minimes, simples sensations de tension le plus souvent, ou douleurs réveillées par la mobilisation d'un séquestre en voie d'élimination.

Les signes physiques restent plus importants : les douleurs sont réveillées au moindre contact.

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Nous avons vu comment certains auteurs ont pu être amenés à décrire deux variétés d'alvéolites, suivant la prédominance des phénomènes douloureux ou nécrosants. Ceci prouve la multiplicité des formes que peut revêtir l'affection, suivant que tel ou tel processus pathologique domine le tableau clinique.

Nous décrirons donc successivement :

D'après l'évolution :

- des formes prolongées,
- des formes abortives;

D'après la clinique:

- des formes asthéniantes: avec mauvais état général et manifestations de depression psychique,
- des formes d'après les caractères de la symptomatologie douloureuse :
 - formes hyperalgiques totales : où la douleur occupe les trois phases cliniques de l'affection,
 - formes indolores,
 - formes hyperalgiques précoces : avec absence de phase préalgique,
 - formes hyperalgiques tardives: où la douleur n'apparaît que dix jours environ après le début des manifestations anatomiques de l'affection.

D'après l'aspect anatomique :

- des formes nécrosantes,
- des formes bourgeonnantes,
- des formes suppurées.

Ces deux dernières formes retiendront particulièrement notre attention. Tout d'abord, l'alvéolite suppurée aiguë existe-t-elle? Nous ne l'avons jamais observée et nous pouvons même dire qu'elle ne peut pas exister: La suppuration suppose en effet la mise en jeu de processus de défense qui, dans le cas de l'alvéolite aiguë, n'ont pas le temps d'être déclenchés: jamais, au début de l'alvéolite aiguë, on ne constate de gonflement des régions péri-maxillaires. Pas d'œdème, par conséquent pas de réaction inflammatoire infiltrée avec diapédèse leucocytaire. Mais, par contre, on peut voir à un stade plus avancé de l'affection — au moment de la prolifération bourgeonnante — de petits foyers purulents intra-alvéolaires, qui représentent l'extériorisation d'une infection microbienne jusque-là invisible et qui se circonscrit.

Après sa phase aiguë — sèche, puis prolifératrice — l'alvéolite peut devenir suppurée: En particulier, dans les cas où un traitement approprié a fait défaut. Ce stade d'alvéolite subaiguë suppurée n'est jamais douloureux et représente en quelque sorte une complication de l'alvéolite aiguë.

Quant aux formes bourgeonnantes, nous allons voir quel problème diagnostique elles peuvent parfois poser.

Le diagnostic d'alvéolite aiguë est la plupart du temps évident, et la tendance du praticien est de le poser inconsidérément plutôt que de l'ignorer.

C'est la connaissance exacte de la définition et de l'évolution clinique de l'affection, qui permettra de n'en poser le diagnostic qu'à bon escient.

— Au stade d'alvéolite sèche, c'est le diagnostic différentiel avec des douleurs de pulpites qui se pose :

— soit pulpites radiculaires, au niveau d'une racine

laissée au fond de l'alvéole, à la suite d'une tentative d'avulsion,

- soit pulpite sur une des dents voisines, ce qui implique l'examen attentif du système dentaire, avant de conclure à l'existence de douleurs d'alvéolite aiguë.

- Au stade d'alvéolite prolifératrice :

Penser à la possibilité d'un bourgeon néoplasique, envahissant l'alvéole, et témoin d'un épithélioma sous-jacent.

- Dans la forme suppurée :

Vérifier l'absence de tuméfaction vestibulaire et de fluxion, qui poseraient le diagnostic de lésions osseuses profondes en évolution.

ETIOLOGIE

Les auteurs qui ont cherché à déterminer les facteurs étiologiques, qui président à l'apparition des alvéolites aiguës, se sont, la plupart du temps, bornés à énumérer quelques causes favorisantes qui avant, pendant ou après l'intervention, avaient pu influencer sur les suites opératoires. L'étude étiologique de chaque auteur, basée sur aucune conception pathogénique précise, invoque tour à tour telle ou telle cause citée, comme déterminante: mais l'auteur est frappé de la disproportion énorme qui existe, entre le nombre considérable des cas où tout se passe normalement après l'extraction, et le petit nombre de cas où survient une alvéolite, la même cause présumée déterminante étant toujours observée; loyalement, il est obligé de conclure que l'affection est survenue sans cause appréciable... Et en effet, quand on constate les précautions dont certains auteurs prétendent s'être entourés, avant, pendant et après l'intervention — anesthésie correcte, aseptie rigoureuse, technique opératoire parfaite, soins d'hygiène post-opératoire scrupuleusement observés — on est obligé de conclure que l'alvéolite aiguë est une affection bien décevante !...

Nous allons donc donner une classification des causes d'alvéolite aiguë dans un ordre qui facilite notre étude. Disons tout de suite que tous les facteurs étudiés sont favorisants et ce n'est qu'à la lumière de nos conceptions pathogéniques que nous pourrions comprendre de quelle manière ils ont pu devenir déterminants.

Ceci dit, nous considérerons trois classes de facteurs étiologiques possibles :

— les causes qui existaient avant et en dehors de l'intervention,

— les causes qui naissent de l'intervention elle-même,

— les causes apparues dans les suites de l'intervention.

I. — CAUSES QUI EXISTAIENT AVANT ET EN DEHORS DE L'INTERVENTION.

Tout d'abord, nous citons pour mémoire le facteur saisonnier et météorologique, qui est peut-être à l'origine de l'observation des cas d'alvéolites par séries à de certaines périodes de l'année. C'est là un phénomène qui est bien connu des praticiens, et qui méritait d'être signalé.

Nous diviserons ensuite en deux catégories cet ordre de causes :

1° *Causes générales :*

Le terrain joue certainement un rôle important dans l'apparition des phénomènes douloureux post-opératoires. N'oublions pas, en effet, que l'individu, sur lequel nous avons pratiqué notre intervention, a souffert avant de venir nous demander nos soins; c'est déjà, avant tout traumatisme opératoire, un débilité, un affaibli. C'est souvent aussi un intoxiqué, à la suite de l'absorption massive d'antalgiques variés.

Leriche a beaucoup insisté sur les modifications très rapides de l'équilibre psychique dans les algies faciales : « le malade devient inquiet, susceptible, instable et concentré sur lui-même ». Nous retiendrons donc ce facteur de déséquilibre affectif et mental, qui va sans doute de pair avec un déséquilibre vago-sympathique.

2° *Causes locales :*

Elles apparaissent comme évidentes : on ne saurait

trop insister sur l'importance du mauvais état buccal. D'abord la présence de tartre est la source de toute une flore microbienne, dont la virulence latente ne demande qu'à s'exalter. D'autre part, les caries dentaires multiples sont également des réservoirs de germes pathogènes.

Mais nous ne devons pas négliger néanmoins de concentrer notre attention sur l'organe dentaire, qui fut l'objet de notre avulsion: et cela à un double point de vue: celui de sa position sur l'un ou l'autre des deux maxillaires, et celui de la lésion dont il était atteint. C'est à l'Américain Krogh que nous devons une étude sérieuse du premier de ces deux facteurs étiologiques.

Dans une statistique publiée en 1937, et portant sur 138 cas d'alvéolites observés à la suite de plus de 6.000 extractions, l'auteur conclut que « 95 p. 100 des cas d'alvéolites observés se sont manifestés consécutivement à des extractions de prémolaires et molaires inférieures »... Quand nous fournirons notre propre statistique, nous verrons que ces chiffres, quoique manifestement exagérés, traduisent la plus grande fréquence de l'alvéolite au maxillaire inférieur, fait incontestable que nous avons également observé.

L'étude de la lésion dentaire préexistante est également d'une importance capitale. L'extraction d'une dent vivante va s'accompagner d'un arrachement du filet nerveux pulpaire, et l'on conçoit que ce traumatisme soit suivi de phénomènes de névrite secondaire. L'extraction d'une dent atteinte d'arthrite apicale aiguë, en blessant le ligament alvéolo-dentaire enflammé, atteint un organe richement innervé qui pourra également réagir. Si la dent était atteinte d'hypercémentose radiculaire, les efforts de luxation provoqueront l'ébranlement des filets nerveux alvéolaires.

On voit, par ce bref exposé, toute l'importance de ce facteur étiologique que nous étudierons mieux encore au chapitre « Pathogénie ».

II. — CAUSES QUI NAISSENT DE L'INTERVENTION.

Nous les diviserons encore en trois classes :

A) *Causes nées de la phase préopératoire.*

C'est l'anesthésie locale qui apparaît comme un des facteurs le plus souvent invoqués à l'origine des alvéolites aiguës.

D'abord, en raison de la fréquence accrue des alvéolites, depuis l'introduction en chirurgie dentaire de ce mode d'insensibilisation, et ensuite en raison de la multiplicité des causes favorisantes que l'anesthésie locale fait naître. Elle agit en effet par un double traumatisme au niveau des tissus qu'elle imprègne :

1° Un traumatisme chimique.

Le liquide utilisé a deux composants bien distincts par leur nature et leurs effets :

— la Novocaïne, l'anesthésique. C'est un poison léger ; mais au degré de concentration où nous l'employons, il paraît sans inconvénient pour les tissus ;

— l'Adrénaline, principe vaso-constricteur, de conservation et de dosage très délicats, et qui constitue déjà par elle-même un poison des nerfs vaso-moteurs et des muscles des vaisseaux, et agit encore dans un sens défavorable pour les tissus, en produisant une ischémie durable. L'adrénaline entraîne non seulement l'intoxication des tissus, au point de provoquer des escarres et des nécroses osseuses, mais elle agit également en empêchant le saignement de la plaie d'extraction.

Il apparaît donc que l'ischémie, engendrée par l'adrénaline de nos solutions anesthésiques habituelles, doit jouer un rôle important dans la genèse des alvéolites aiguës. Elle produit, en effet :

— un empoisonnement faible mais prolongé des tissus,

- de la dénutrition des tissus saignés par le traumatisme de l'extraction,
- une pénurie des éléments de défense organisés,
- l'abandon de la plaie pendant un temps assez long aux microbes préexistants dans ces tissus ou apportés par le milieu buccal.

2° Un traumatisme mécanique.

Il est dû à l'injection elle-même. Les désordres provoqués peuvent être considérables, lorsque le liquide est poussé avec violence: l'excès de pression peut entraîner un décollement brusque de la fibro-muqueuse. Avec la technique moderne, d'injection de la solution anesthésique dans la région para-apicale où les tissus sont lâches, le traumatisme est réduit au minimum.

Cependant l'infiltration demeure offensante dans la technique d'injection intra-ligamentaire: le ligament supporte une pression considérable, et aux méfaits de l'ischémie, viennent s'ajouter les désordres provoqués par une compression très violente des vaisseaux et des terminaisons nerveuses.

L'injection peut enfin agir défavorablement sur les tissus périodontaires en essayant à distance des microbes pathogènes d'un foyer limité, ou en introduisant des produits septiques dans un milieu sain. Avec les anesthésies régionale et générale, l'apparition de l'alvéolite devient extrêmement rare.

Nous tirerons de cette constatation la conclusion qu'elle mérite pour la prophylaxie de l'affection.

B, *Causes nées de la phase opératoire.*

Le traumatisme est ici essentiellement mécanique.

L'avulsion de la dent, qui n'était naguère qu'un simple arrachement, est devenue, ces dernières années, une opération chirurgicale d'une technique rigoureuse. L'extraction est devenue une véritable désarticulation de l'organe

dentaire hors de son alvéole, et à ce titre, on peut décomposer l'intervention en trois temps distincts :

- désinsertion du ligament alvéolo-dentaire ou syndesmotomie,
- luxation intra-alvéolaire,
- préhension.

C'est ainsi que l'usage des syndesmotomes s'est aujourd'hui universellement répandu : pour désinsérer le bourrelet gingival, le traumatisme reste minime, mais il devient considérable pour le ligament dans la technique de la syndesmotomie intra-alvéolaire, qui représente la combinaison des deux premiers temps de l'avulsion. Le traumatisme opératoire est encore accru par l'usage de l'élévateur : lorsque l'extraction aura été longue et laborieuse, qu'il aura fallu séparer les racines et obtenir leur avulsion à la suite de pesées de direction et de force variées, on conçoit que le traumatisme ligamentaire et osseux qui en résulte soit un facteur étiologique d'importance capitale.

C) Causes nées de la phase post-opératoire immédiate.

Ici encore le traumatisme provoqué peut avoir une double origine :

- traumatisme mécanique : c'est le curettage brutal et intempestif de la plaie alvéolaire, nouvelle cause d'irritation des terminaisons nerveuses,
- traumatisme chimique : c'est l'antiseptique trop agressif laissé à demeure dans l'alvéole.

III. — CAUSES APPARUES A LA SUITE DE L'INTERVENTION.

Nous venons de voir, à la fin du paragraphe précédent, des causes favorisantes dues à l'exagération des soins post-opératoires apportés par le praticien soucieux d'éviter toute complication.

Pour terminer cette étude des facteurs étiologiques, il

faut citer comme pouvant jouer un rôle possible dans l'apparition de l'alvéolite aiguë, l'absence de soins d'hygiène locale après l'opération. Et ceci est d'autant plus important à signaler que cette négligence s'observe sur des patients qui présentent par ailleurs une grande septicité buccale, en raison du peu de soins qu'ils ont toujours accordés à leur denture!

PATHOGENIE

Nous avons vu, au chapitre précédent, que toutes les causes invoquées pour expliquer l'apparition des alvéolites aiguës n'étaient que favorisantes, puisque, dans la grande majorité des cas, leur présence n'est suivie d'aucun trouble pathologique alvéolaire.

Pour que ces causes deviennent déterminantes, il faut qu'il existe un facteur intermédiaire capable de provoquer l'effet observé. Ce sera le but de cette étude pathogénique, de démontrer l'existence de cet intermédiaire, entre l'une ou plusieurs des causes devenues déterminantes, et l'effet unique, à savoir l'alvéolite aiguë.

Revoyons les causes locales déjà étudiées, elles ont toutes un effet commun, elles provoquent l'irritation des filets nerveux périphériques :

— par l'inflammation due à l'affection dentaire pré-existante au niveau de la pulpe ou du ligament;

— par le traumatisme et l'empoisonnement dus à l'injection du mélange novocaïne-adrénaline employé pour l'anesthésie locale;

— par le traumatisme opératoire.

Nous laissons la parole au Pr Leriche qui va nous expliquer les phénomènes consécutifs :

« Tout traumatisme périphérique est suivi d'un déséquilibre vaso-moteur immédiat qui dure plus ou moins longtemps, et s'inscrit finalement dans le sens d'une vaso-dilatation passive. Tout traumatisme est, en fait, un traumatisme de la vaso-motricité directement ou in-

directement. Pendant très longtemps, nous n'avons vu dans les conséquences d'un traumatisme, que le désordre mécanique immédiat... nous n'avons pas songé que tout accident atteint des terminaisons nerveuses intratissulaires, les excite et produit une hypertonie des vaso-constricteurs, puis bientôt un état inverse d'hyperhémie, et que tout cela est normal... Mais parfois, pour des raisons tenant sans doute au tempérament de l'individu, l'état anormal persiste, et alors, suivant les cas, on voit apparaître des douleurs spontanées plus ou moins intenses, de la douleur locale... des troubles trophiques. »

Voilà qui explique ce que nous a permis de noter l'observation des faits cliniques :

— Une première période d'alvéolite sèche, conséquence de l'infection alvéolaire due à la non-formation du caillot protecteur. Ce premier stade est imputable à l'ischémie par vaso-constriction trop prolongée.

— Une deuxième période d'alvéolite prolifératrice, conséquence de l'hyperhémie due à la vaso-dilatation passive, et aboutissant à un trouble trophique d'exagération du développement des tissus de cicatrisation.

Les caractères si particuliers des phénomènes douloureux, qui accompagnent ces troubles trophiques, nous sont aussi expliqués par Leriche :

« Le traumatisme initial a agi, dit-il, sur les éléments nerveux tissulaires, et à partir de ceux-ci, il s'est fait une excitation qui, portée aux centres, s'est réfléchi sur le système vaso-moteur. La perturbation vaso-motrice est la cause même des phénomènes douloureux. La douleur ne naît pas dans le sympathique. Mais elle est de mécanisme essentiellement sympathique. Une fois déclenchée, la douleur s'entretient d'elle-même, en ce sens qu'elle crée un nouveau cercle vicieux. Elle crée de la vaso-constriction, qui redouble la douleur, et ainsi de suite... Ce type d'algie paraît se cultiver lui-même, s'étend sans cesse, et finit par avoir un territoire, qui est hors

de proportion avec la zone restreinte où il était d'abord cantonné. »

Grâce à cette théorie du Pr Leriche, la participation du sympathique est démontrée, dans la genèse de la douleur, comme support du réflexe qui lui donne naissance : Les douleurs d'alvéolite sèche sont sous la dépendance d'une vaso-constriction locale intense et durable, elle-même provoquée par un réflexe trigemino-sympathique, déclenché par le traumatisme des filets radiculaires, ligamentaires ou alvéolaires au cours de l'extraction. Le temps mis pour l'élaboration et la propagation du réflexe sympathique, après le traumatisme, rend compte du retard d'apparition de la douleur. Ce temps mort — cette phase préalgique comme nous l'avons nommée — a une importance considérable, non seulement au point de vue doctrinal, mais encore parce qu'elle représente la phase prophylactique idéale, pour prévenir l'apparition des phénomènes hyperalgiques consécutifs. Ainsi conçus, les douleurs et les troubles trophiques de l'alvéolite aiguë entrent dans le cadre des « Causalgies » étudiées par Leriche et définies par lui : « La causalgie est un syndrome vaso-moteur et trophique, créé par les réactions sympathiques personnelles d'un individu en présence d'une injure extérieure. »

Placées par leur symptomatologie dans les algies faciales, les douleurs d'alvéolite aiguë sont de vraies sympathalgies que Sicard et Tinel définissent ainsi : « Il s'agit, disent-ils, de douleurs continues, diffuses, permanentes, souvent brûlantes, de vraies causalgies faciales exacerbées par le froid et le chaud... »

Or dès 1934 — par conséquent avant les travaux de Leriche — MM. Tellier et Beyssac, stomatologistes de Lyon, s'efforçaient d'établir cette unité des algies faciales d'origine dentaire. Ils se basaient sur les travaux d'Alajouanine et Thurel, alors tout récents, qui nous ont donné une classification des algies faciales où ils les rangent dans quatre catégories :

1° Les névralgies du trijumeau, les vraies névralgies dites névralgies de Trousseau ou névralgies essentielles.

2° Les sympathalgies faciales, multiples par la topographie et par l'étiologie.

3° Les algies symptomatiques des lésions du trijumeau.

4° Les psychalgies faciales, comprenant ce que Sicard avait décrit sous le nom de névralgisme.

Or les auteurs lyonnais, étudiant les causes dentaires des algies faciales, retenaient :

— D'une part : toutes celles qui se rapportent à l'inflammation aiguë de la pulpe: Ils écrivaient textuellement : « Les algies dues à l'existence de pulpite peuvent être rangées dans la seconde catégorie d'Alajouanine et Thurel. »

— D'autre part : les causes qui se rattachent à l'arthrite apicale, « les lésions péri-dentaires ou para-dentaires aiguës ou subaiguës, parfois la péri-odontite chronique avec manifestations granulomateuses ». Et les auteurs terminaient en disant que « la lésion para-dentaire silencieuse constitue une cause d'irritation chronique des extrémités périphériques ».

Donc, dès 1934, des praticiens de l'art dentaire reconnaissaient l'importance — dans la genèse des algies faciales — du facteur « traumatisme périphérique » dont parle Leriche, et rattachaient les douleurs des pulpites ou des arthrites, dans leurs manifestations aiguës, aux sympathalgies faciales.

Nous n'avons donc fait, pour notre part, qu'ajouter à l'édifice de nos prédécesseurs une nouvelle pierre, en démontrant que la place des alvéolites aiguës se trouve dans le groupe des affections dentaires causes des sympathalgies faciales.

Cet effort de classification ne répond pas à un simple besoin de l'esprit d'assurer l'unité dans l'universalité de ses connaissances, mais à l'intérêt qu'il y a à mon-

trer l'interdépendance qui existe entre les lésions d'un élément de l'appareil dentaire et les lésions qui résultent de la suppression de cet élément lésé. La dent atteinte de pulpite ou d'arthrite avait déjà déclenché ou allait provoquer le réflexe sympathique, source des réactions douloureuses; et tous les traumatismes causés directement ou indirectement par l'intervention ont agi sur un terrain tout préparé pour favoriser l'éclosion d'une manifestation douloureuse qui, dans son moment d'apparition, son horaire et ses particularités, reproduit exactement les manifestations algiques des syndromes pulpaire et ligamentaire aigus.

Tellier et Beyssac parlent en effet de l'importance — soulignée par les neurologistes — dans les algies faciales, de « l'apparition nocturne des crises paroxystiques survenant au cours du développement de la maladie »; plus loin, ils insistent sur le « caractère pathognomonique » — souligné par les stomatologistes — de cette apparition nocturne de la douleur dans les pulpites aiguës, en disant : « Les douleurs pulpaire semblent spontanées mais elles sont provoquées par toutes les causes de congestion des vaisseaux active ou passive: le décubitus, la chaleur de l'oreiller... » Le voilà bien « le cercle vicieux » dont parle Leriche, et qui consiste en alternance de vaso-dilatations provoquées par les causes occasionnelles, et de vaso-contractions réflexes : alternance qui est finalement la cause déterminante de la douleur.

La similitude dans les symptomatologies douloureuses de l'alvéolite aiguë et de la pulpite aiguë est évidente. Mais nous tenons à souligner que, de cette ressemblance, il ne faut pas conclure à une identité de nature entre les deux affections : les maladies restent différentes, mais elles ont un caractère commun, celui d'agir par « irritation des terminaisons périphériques » sur le même système sympathique, qui apparaît bien comme le « facteur intermédiaire » dont nous nous proposons de démontrer l'existence au début de ce chapitre.

Nous verrons au chapitre suivant les sanctions thérapeutiques qui découlent de nos conceptions, mais, pour terminer cette étude pathogénique, essayons de rattacher les faits constatés aux grandes notions de physiopathologie du système sympathique.

En somme, notre réflexe sympathique représente un moyen de réaction de l'organisme à une attaque extérieure : il est tout d'abord la réponse normale à une cause irritative; mais cette cause persistant, un état de déséquilibre se produit, le réflexe s'entretient lui-même, et la douleur apparaît.

Pour employer un mot qui a joui ces derniers temps d'une grande faveur, nous pourrions dire qu'il y a un état d' « allergie sympathique », lorsque les douleurs apparaissent, en ce sens que le sympathique « réagit autrement » qu'il ne devrait le faire normalement. Mais supposons que l' « injure extérieure », au lieu d'être brutale, soit lente et prolongée, et que l'organisme ait le temps de mettre en œuvre d'autres moyens de défense tels que la diapédèse leucocytaire : alors la suppuration s'établira, et le rôle du sympathique s'effacera. C'est pourquoi, notamment, nous n'avons jamais constaté d'alvéolites aiguës lorsque l'avulsion était pratiquée sur une dent atteinte d'arthrite chronique suppurée...

Mais pour conclure du particulier au général, nous dirons que cette réponse du sympathique à un traumatisme chirurgical n'est qu'un cas particulier de la réponse de l'organisme à toute attaque violente qui déborde ses moyens de défense normaux, ou ne leur laisse pas le temps d'entrer en jeu. Le choc opératoire des opérés graves, le « shock » des grands traumatisés, l'état de « stupeur » observé au début des grandes pyrexies aiguës sont des manifestations communes qui représentent la somme des réflexes vago-sympathiques provoqués par l'infinité des irritations subies au niveau des terminaisons périphériques. « Tout traumatisme est bien, comme dit Leriche, un traumatisme de la vaso-motricité » et

par cette raison il devient le point de départ d'un réflexe sympathique, source de douleur.

Celui qui veut vaincre la souffrance doit, avant tout, dominer le sympathique.

« La douleur n'est pas sympathique », dit Leriche, mais la chirurgie de la douleur est bien la chirurgie du sympathique!

THERAPEUTIQUE

Après avoir défini avec précision l'alvéolite aiguë, et en avoir minutieusement décrit les symptômes et les aspects au cours de son évolution, après avoir passé en revue les causes favorisantes et cherché l'explication des faits observés; nous sommes en mesure d'étudier les moyens d'éviter l'apparition du mal, ou de le combattre avec succès. Nous diviserons ce chapitre en trois paragraphes principaux : Tout d'abord l'étude des moyens préventifs à mettre en œuvre, ensuite l'exposé de tous les procédés de traitement symptomatique, médical ou physiothérapique, et enfin la description des méthodes modernes de « traitement pathogénique » qui agissent sur le facteur sympathique.

I. — PROPHYLAXIE.

Elle vise à réduire au minimum les facteurs occasionnels étudiés au chapitre Etiologie. Donc trois ordres de précautions à prendre au cours des trois phases pré-opératoire, opératoire et post-opératoire.

1° *Avant l'intervention.*

Eviter, sauf cas d'urgence, de pratiquer une avulsion sur des affaiblis, des débilités, des malades chez lesquels le terrain est mauvais.

Ne pas opérer sur un milieu septique, et réaliser la mise en état de la bouche avant toute intervention :

Soigner les gingivites ou les stômatites, détartre soigneusement le système dentaire, et obtenir une désinfection locale au moyen de lavages de bouche répétés pendant deux ou trois jours. On atteindra un double but grâce à ces gargarismes préparatoires : Diminuer la septicité buccale d'abord, et réhabituer ensuite le malade à des soins d'hygiène qui seront indispensables après l'extraction. Tenir compte enfin de la nature de la lésion préexistante et suivre les indications de nombreux auteurs, qui conseillent de ne jamais extraire directement une dent atteinte de pulpite aiguë. Savoir résister aux injonctions du malade qui réclame l'avulsion immédiate, et appliquer un pansement arsénical qui, en provoquant la nécrobiose de la pulpe enflammée, calmera l'éréthisme des filets nerveux qui aboutissent à cet organe.

De même trépaner et laisser ouverte la dent atteinte de gangrène pulpaire avec manifestations d'arthrite apicale aiguë. En résumé, éviter d'opérer à chaud et n'intervenir que sur un milieu exempt de poussées inflammatoires ou infectieuses aiguës.

2° *Pendant l'intervention.*

Si, à la période précédente, le praticien doit se comporter en médecin et en hygiéniste, à la phase opératoire c'est le chirurgien qui doit agir.

Opérer avec une asepsie rigoureuse. Instruments, compresses doivent être également stériles. L'anesthésie locale doit être soigneuse. N'user que de solutions bien titrées à pH correct, avec le minimum d'adrénaline; pousser lentement le liquide tiédi dans les tissus sains. Se contenter de l'anesthésie pré-périostée par infiltration des tissus lâches, éviter de pratiquer l'anesthésie intra-ligamentaire sauf indications spéciales. Pour les avulsions à pratiquer sur le maxillaire inférieur, étant donné la rareté de l'alvéolite après anesthésie régionale, il y aura intérêt à pratiquer l'anesthésie tronculaire à l'épine de spix dans les cas douteux. On aura ainsi le

double avantage de supprimer le traumatisme de l'injection locale et de ne pas utiliser l'adrénaline, ce qui diminuera d'autant les réactions vaso-motrices. Pour des raisons identiques, on aura, dans certains cas, recours à l'anesthésie générale qui permettra de réduire la durée de l'intervention et de supprimer le facteur émotionnel particulièrement important chez certains sujets : on réservera ce mode d'insensibilisation aux débilités et aux malades, chez lesquels l'opération doit être aussi rapide et aussi peu choquante que possible.

Pour ce qui est de l'intervention proprement dite, elle sera méthodiquement conduite en réduisant le traumatisme au minimum. Ne pas oublier, comme dit Dechaume, « que l'extraction de la dent doit être une désarticulation ». Une fois l'avulsion obtenue, on pratiquera l'excès de tous les débris de parois alvéolaires fracturées et de fibro-muqueuse arrachée. On lavera largement la plaie au sérum physiologique chaud pour entraîner tous les fragments épars.

C'est à ce stade ultime de l'intervention — dans cette phase post-opératoire immédiate comme nous l'avons appelée — qu'un triple problème se pose à l'opérateur :

Faut-il curetter?

Faut-il mécher?

Faut-il suturer?

Pour résoudre la question, il est bon de raisonner non seulement en médecin et en chirurgien, mais surtout en spécialiste.

N'oublions pas en effet que la bouche est une cavité, tapissée d'une muqueuse et humectée par la salive, où les conditions de cicatrisation des plaies sont différentes de celles qu'on observe dans les autres parties du corps. Il est certain que l'état du chimisme buccal offre normalement une barrière à l'infection exogène, sans s'opposer à la fermeture naturelle de l'alvéole béant.

Le curettage doit être pratiqué toutes les fois que la

plaie n'est pas nette, et que des fongosités en tapissent le fond. Certes, il ne faut pas s'exposer à laisser un granulome oublié au fond de sa logette osseuse, mais pratiquer le curettage et le tamponnement systématique de toutes les plaies d'extraction est un abus condamnable. Si le caillot en cas d'infection préexistante est un danger, il n'en est pas moins vrai qu'il représente dans la majorité des cas le pansement idéal de l'alvéole.

Pour ce qui est du méchage et de la suture, la règle à suivre est logique, si l'on veut éviter l'apparition de l'alvéolite aiguë. Toutes les fois que l'os aura été mis à nu, dans des conditions telles que le caillot physiologique ne puisse le protéger, interposer entre l'os et le milieu extérieur soit la muqueuse par suture soit la mèche antiseptique.

Nous n'avons jamais constaté d'alvéolite lorsque, après une extraction chirurgicale, si laborieuse qu'elle ait été, nous avons eu soin de mettre en place une mèche iodoformée.

Dans les cas douteux, où l'on veut assurer une antiseptie suffisante de l'alvéole, sans avoir recours à la mèche iodoformée, on usera avantageusement des sulfamides « in situ » — 1162 F en poudre.

Mais de toute façon on proscrira absolument l'usage des antiseptiques caustiques, qui ajoutent au traumatisme mécanique de l'opération un traumatisme chimique supplémentaire.

3° *Après l'intervention.*

Le malade ne doit pas quitter le fauteuil avant que le praticien ne lui ait expliqué l'utilité de lavages de bouche chauds et répétés le plus souvent possible. De même notre malade ne doit pas partir sans être muni d'une ordonnance lui indiquant le mode d'emploi du gargarisme prescrit et un analgésique à prendre en cas de douleur. Notre préférence en matière d'antiseptique va

à l'eau oxygénée et mieux encore au perborate de soude dont diverses spécialités nous offrent des préparations en poudre particulièrement pratiques pour obtenir extemporanément la solution désirée.

Nous reverrons le malade le lendemain de l'intervention et, par l'examen minutieux de la plaie alvéolaire, nous pourrons prévoir l'apparition des douleurs d'alvéolite aiguë : C'est bien à la phase pré-algique que s'exercera, avec un maximum de chance, notre action prophylactique.

Dès ce stade, nous mettrons en œuvre les méthodes modernes de traitement exposées plus loin, et destinées à combattre les manifestations douloureuses de l'affection déclarée.

II. — TRAITEMENT EN GÉNÉRAL.

Lorsque les douleurs ont fait leur apparition, notre thérapeutique va être dominée par la préoccupation de soulager le patient.

C'est donc la phase hyperalgique qui est la phase essentielle au point de vue thérapeutique.

Nous verrons ensuite la conduite à tenir dans la phase post-algique, suivant que nous nous trouverons en présence des troubles trophiques de l'alvéolite prolifératrice ou des manifestations infectieuses de l'alvéolite suppurée.

A. — Phase hyperalgique.

Avant l'introduction des modes d'action basés sur des conceptions pathogéniques modernes, le traitement de l'alvéolite aiguë est resté purement symptomatique. Il y a donc deux catégories de traitements à envisager.

— les traitements pathogéniques qui feront l'objet d'une étude finale;

— les traitements symptomatiques.

Ils ont pour but de supprimer la douleur, et utilisent à cet effet :

des médicaments :

- soit pour leurs propriétés analgésiques propres,
- soit pour leur action antiseptique, supprimant ainsi l'irritation due à l'infection,
- soit pour leur pouvoir vaso-dilatateur qui détermine un effet antialgique;

des agents physiques

qui agissent soit par eux-mêmes, soit en mobilisant des médicaments sédatifs.

Nous classerons donc ces traitements symptomatiques en traitements médicaux et traitements physiothérapiques.

1° Traitements médicaux.

a) Traitement général.

On peut agir sur l'état général souvent déprimé du malade par l'usage de la caféine, mais ce mode de traitement vise surtout à lutter contre la douleur :

— dans les formes avec névrite, on pourra avoir recours aux opiacés : la morphine sera administrée le plus souvent par voie rectale, sous forme de suppositoires;

— dans les formes insomniaques, on fera appel aux barbituriques et particulièrement à l'allonal;

— dans les formes moyennes, on utilisera les propriétés des analgésiques habituels : nous préférons pour notre part les associations de l'antipyrine et de la phénacétine avec la caféine, à l'acide acétylsalicylique.

b) Traitement local.

Il est dominé par un double but : lutter contre la douleur, et contre l'infection locale.

Il s'inspire d'un principe absolu : ne jamais irriter la plaie.

On aura donc recours avant tout à de grands lavages au sérum physiologique tiède. On écouvillonnera délicatement l'alvéole pour le débarrasser des masses gangréneuses.

L'infection sera combattue par un antiseptique doux tel le bleu de méthylène, l'Eugénol.

On luttera contre la douleur par un anesthésique à action durable — car insoluble dans l'eau — le scuroforme. En pratique, voici comment nous procédons : nous préparons une pâte Eugénol-scuroforme de consistance assez ferme, que nous plaçons dans l'alvéole désinfecté. Cette méthode a l'avantage d'associer les propriétés analgésiques du scuroforme, à l'action sédative et antiseptique de l'Eugénol. Certains auteurs préconisent la solution de scuroforme dans l'huile d'olive ou « huile scuroformée ». Plus récemment, on a introduit la pulvérisation locale de sulfamides en poudre.

Le traitement médical par injections locales a pour but de provoquer une vaso-dilatation active au niveau des tissus péri-alvéolaires ischémiés. L'agent vaso-dilatateur utilisé est l'histamine. Cette amine, dérivée de l'histidiné, est un produit de métabolisme cellulaire.

On peut :

— Soit en provoquer l'apparition dans les tissus, par injection de 1 cc. d'eau distillée suivant la méthode préconisée par notre Maître Fleury et M. Géré.

— Soit injecter le mélange histamine-histidine suivant la technique de MM. Cadenat et Boisnière. Ces auteurs pratiquent l'injection de 1 cc. intradermique, sur le pourtour de l'alvéole, du mélange :

Bichlorhydrate d'histamine . . .	0 g. 0001
Monochlorhydrate d'histidine . .	0 g. 04
Eau distillée	1 cc.

2° *Traitements physiothérapiques.*

Les douleurs d'alvéolite aiguë étant considérées par certains auteurs comme des névralgies symptomatiques du trijumeau, ceux-ci ont songé à utiliser les propriétés de l'aconitine sur les névrites de la V^e paire.

On a donc utilisé l'ionisation à l'aconitine au niveau de l'alvéole.

On a également proposé d'employer les effets sédatifs de la radiothérapie locale et des courants à haute fréquence.

D'autres auteurs enfin cherchent à provoquer la vasodilatation locale par la diathermie. L'ozone localement a été également préconisé.

Toutes ces méthodes, pour intéressantes qu'elles puissent être entre des mains expérimentées, ont le défaut d'exiger des appareillages spéciaux. Elles restent d'autre part purement symptomatiques, et sont largement dépassées par les méthodes modernes qui, en plus de leur efficacité, ont l'avantage de n'utiliser qu'une technique extrêmement simple.

B. — Phase post-algique.

Nous avons vu, en étudiant l'anatomie pathologique de l'alvéolite aiguë, que, malgré l'intervention d'une thérapeutique de la douleur, les troubles trophiques d'alvéolite prolifératrice font inéluctablement leur apparition. Certes, ces manifestations anatomiques peuvent être d'intensité réduite, et ne s'accompagner, pour le malade, que d'une gêne très minime : l'alvéole reste longtemps béant, tapissé de bourgeons cicatriciels congestionnés ; l'os nécrosé doit s'éliminer. La meilleure attitude à prendre pendant cette période est l'expectative : il faut savoir attendre la mobilisation spontanée des séquestres et se contenter de les cueillir au moment de leur expulsion en maintenant une antiseptie locale rigoureuse.

Si, faute de soins appropriés, ou malgré ces soins,

nous avons eu un passage à la suppuration, laisser le foyer formé se collecter. Envisager alors, et seulement dans ce cas, une intervention radicale pour éviter le passage à la chronicité. Car ces formes suppurées prennent souvent un caractère silencieux et torpide, gagnent en profondeur, et réalisent le tableau des ostéites péri-dentaires chroniques, dont nous avons rapporté la description de M. Schneider au chapitre « Définition ».

Donc, dans les alvéolites suppurées, c'est le traitement chirurgical qui sera utilisé : nous pratiquerons le curetage de l'alvéole suivi de méchage à la gaze iodoformée pour assurer la désinfection complète des lésions.

III. — TRAITEMENTS PATHOGÉNIQUES.

Le principe des traitements modernes découle de la pathogénie de l'affection.

Il faut agir, comme dit Leriche, « de façon à bloquer, à suspendre l'excitation ».

L'effet de ces traitements est double :

— D'abord, ils suppriment la première réponse du sympathique à l'excitation; c'est-à-dire la vaso-constriction locale. Cet effet est d'une importance capitale lorsque le traitement est appliqué dans les heures qui suivent l'intervention : en rétablissant la circulation normale, on évite les méfaits qu'entraîne l'ischémie des tissus.

D'où l'intérêt préventif de ces modes d'action à la phase préalgique.

— Ensuite, ils bloquent la seconde réponse du sympathique à l'irritation qui persiste; à savoir le réflexe contre lequel les centres nerveux répondent, en élaborant une sensation douloureuse.

D'où l'importance capitale de ces méthodes à la phase hyperalgique.

De toute façon, nous devons mettre les traitements

modernes en œuvre aussi précocement que possible, que nous agissions :

1° Soit sur le sympathique péri-artériel; c'est la méthode préconisée par M. Dechaume avec l'infiltration novocaïnique péri-faciale;

2° Soit sur le sympathique ganglionnaire; c'est la technique mise au point par MM. Alajouanine et Thurel pour le « Traitement des algies faciales post-traumatiques » et appliquée par MM. Lattes et Mesnard au traitement des alvéolites aiguës.

MÉTHODE DE DECHAUME

C'est à cet auteur que revient le mérite d'avoir le premier appliqué les théories de Leriche sur la chirurgie de la douleur, à la pathogénie et au traitement de « la douleur après les extractions dentaires ». Dès 1937, M. Dechaume écrivait en parlant des douleurs post-opératoires : « Ces faits s'apparenteraient aux causalgies avec vaso-constriction. C'est pourquoi nous avons demandé au Pr Leriche comment, le cas échéant, nous pourrions agir sur le sympathique. Il nous avait conseillé l'injection d'une solution de novocaïne sans adrénaline autour de l'artère faciale dans son trajet prémasseterin. »

La technique adoptée est simple : elle consiste en injection de 2 cc de novocaïne à 2 % par voie sous-cutanée sur le trajet prémasseterin de l'artère faciale. Cette dernière, branche de la carotide externe, s'en détache au niveau où la face inférieure du ventre postérieur du digastrique croise la carotide. Elle gagne ensuite la région sous-maxillaire, longe un moment le bord inféro-interne du maxillaire, se creusant une gouttière ou même un canal complet dans la glande sous-maxillaire, et vient émerger en avant du bord antérieur du muscle masseter. Elle va ensuite traverser toute la face

— prenant une direction nettement ascendante — jusqu'à l'angle interne de l'œil.

On voit qu'on a toute facilité, pour appliquer la technique de l'auteur, en repérant, par ses battements perceptibles sur le plan osseux au palper, l'artère à son croisement avec le bord inférieur du maxillaire.

Les résultats sont bons; l'auteur nous dit : « L'heureux effet immédiat s'explique très simplement parce que cette injection provoque une vaso-dilatation : celle-ci supprime les phénomènes douloureux. Ultérieurement, comme elle augmente la circulation, elle améliore les défenses locales.

« Cette injection ne donne pas toujours un effet durable. Elle sera au besoin renouvelée les jours suivants. »

MÉTHODE PAR ANESTHÉSIE DU GANGLION SPHÉNO-PALATIN.

C'est sur l'inspiration de M. Mesnard, et suivant les conseils de notre Maître Fleury, que nous avons appliqué ce mode de traitement de l'alvéolite aiguë depuis dix mois, dans le service de stomatologie de l'hôpital Bichat.

Les premiers résultats obtenus nous semblèrent si encourageants que nous décidâmes de poursuivre nos essais, et de consacrer notre thèse à l'étude de l'alvéolite aiguë et de son traitement.

L'idée d'agir sur le ganglion sphéno-palatin dans le traitement des algies faciales date de plusieurs années.

Le Dr Tahurel écrivait déjà en 1932 : « Les algies sympathiques pures sans hypoesthésie dans le domaine du trijumeau peuvent être sous la dépendance de lésions irritatives périphériques... nous ne sommes pas désarmés : ici on agit non pas sur le trijumeau pour le détruire, mais directement sur le sympathique cervical, en particulier sur le ganglion sphéno-palatin. »

Mais ce sont MM. Alajouanine et Thurel qui, en 1934, définirent cette nouvelle méthode dans leur communication à la Société de Neurologie de Paris, sur les « Algies faciales post-traumatiques. Guérison par anesthésie du ganglion sphéno-palatin ».

Les conceptions pathogéniques de ces auteurs sont celles que nous avons minutieusement exposées à la lumière des travaux de Leriche. « Il s'agit, disent-ils, de troubles d'ordre réflexe (troubles physiopathiques de Babinski) ayant pour point de départ une épine irritative formée au niveau de la lésion... agissant sur le sympathique partout présent dans les différents tissus et le long du trijumeau (sympathique trigeminal).

« Pour décrire notre propre méthode, nous n'avons qu'à reproduire les indications fournies par les deux neurologistes : « L'anesthésie du ganglion sphéno-palatin par les procédés habituels donne d'excellents résultats

« L'imprégnation du ganglion sphéno-palatin avec du liquide de Bonain ne peut être obtenue que si l'application est faite en regard du trou sphéno-palatin, situé en arrière du cornet moyen, et si le porte-coton imbibé de liquide est laissé longtemps en place, ou ce qui est mieux encore remplacé à plusieurs reprises.

« La certitude d'une bonne anesthésie est donnée par l'apparition d'une sensation d'engourdissement de la joue et du palais traduisant l'imprégnation du nerf maxillaire supérieur qui se trouve au voisinage immédiat du ganglion sphéno-palatin.

« Notre méthode diffère de celle des oto-rhino-laryngologistes par la durée de l'application : une demi-heure à une heure. »

Les auteurs décrivent ensuite la méthode d'atteinte du ganglion sphéno-palatin par le canal palatin postérieur, « l'aiguille enfoncée à trois centimètres et demi de profondeur rencontre à coup sûr le ganglion sphéno-palatin, et celui-ci ne peut échapper à l'injection ». Et de conclure : « L'action de ces thérapeutiques ayant pour

but d'anesthésier le sympathique a une portée générale et s'adresse à toutes les sympathalgies quelle que soit leur étiologie. »

Pour bien comprendre la technique opératoire et le mode d'action de notre thérapeutique, il importe de faire un bref rappel anatomique de la situation du ganglion sphéno-palatin.

Ce ganglion — dit ganglion de Meckel — est appendu au nerf maxillaire supérieur à sa sortie du crâne par le trou grand rond. Il est situé dans la partie supérieure de la fosse ptérygo-maxillaire, où il constitue un véritable carrefour de l'innervation sensitive du massif maxillo-facial.

Suivant la conception classique, le ganglion sphéno-palatin reçoit des branches afférentes et émet des branches efférentes.

Les branches afférentes comprennent :

— des branches courtes : elles sont isolées et grêles, elles proviennent du tronc du nerf maxillaire supérieur auquel elles le rattachent;

— des branches longues : elles sont réunies en un seul tronc nerveux, plus volumineux — le nerf vidien. Ce nerf représente la juxtaposition de trois racines qui mettent le ganglion de Meckel en relation avec :

— le facial : par le grand nerf pétreux superficiel,

— le glossopharyngien : par le nerf de Jacobson et le grand nerf pétreux profond,

— le sympathique : par une racine venant du plexus carotidien.

Pour les branches efférentes, nous citerons d'abord pour mémoire le nerf pharyngien de Bock qui ne présente pour nous qu'un intérêt relatif ainsi que les filets orbitaires.

D'une toute autre importance sont les nerfs palatins et surtout le nerf sphéno-palatin. Ces nerfs vont assurer l'innervation sensitive de toute la paroi externe des fosses

nasales, de la muqueuse des cornets, du voile et de la voûte du palais; inutile de préciser plus complètement leur distribution anatomique, car ce qui est capital, c'est qu'au point de vue sympathique ils constituent, autour du trou sphéno-palatin, une importante zone réflexogène sur laquelle nous allons agir directement. L'application est en effet faite au niveau du trou sphéno-palatin qui donne passage au nerf du même nom. Or, suivant les conceptions modernes, le ganglion sphéno-palatin — qui n'est pas un ganglion du type des ganglions rachidiens — « serait constitué par un amas de cellules nerveuses accolées au nerf sphéno-palatin ». Autrement dit, au point de vue pratique, l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin serait l'anesthésie du nerf sphéno-palatin.

C'est bien ce que nous réalisons par notre méthode.

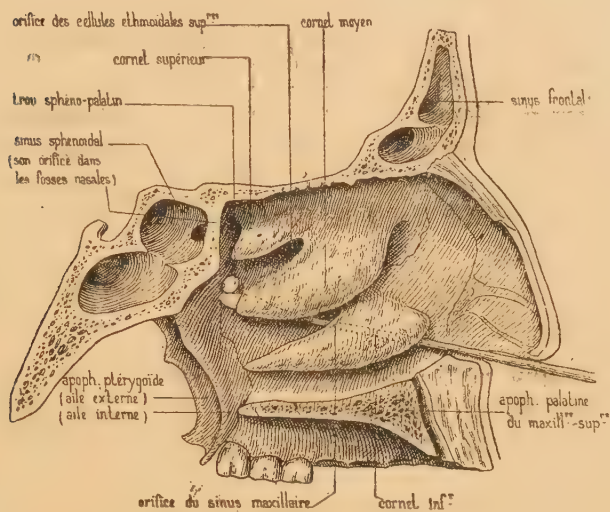
La technique en est excessivement simple : munissons-nous de deux porte-coton d'une longueur de dix centimètres environ. Le coton est imprégné de mélange de Bonain. Grâce au spéculum nasi et en s'éclairant avec le miroir de Clar, nous introduisons l'instrument d'environ six centimètres en passant par le nerf moyen jusqu'au contact du sphénoïde.

Pour fournir une indication sur la profondeur à laquelle est situé le trou sphéno-palatin, disons qu'il est sensiblement sur une verticale passant immédiatement en arrière de la dent de sagesse supérieure.

Pour simplifier la méthode, on peut éviter de se servir du spéculum nasi.

Il est, en effet, difficile de voir clair dans les fosses nasales d'un sujet installé sur un fauteuil dentaire : l'opérateur n'est pas placé dans la position favorable. On introduit le porte-coton dans la narine parallèlement au plan d'occlusion, on passe alors par le méat inférieur; puis, en l'enfonçant, on le dirige suivant une direction légèrement oblique en haut et en arrière. Une fois en

place, le porte-coton doit faire un angle d'environ quinze degrés avec le plan d'occlusion.



L'opération est répétée des deux côtés. Dans les quelques minutes qui suivent, le patient accuse des troubles subjectifs variés, et l'on observe un larmoiement plus ou moins abondant. A bout de cinq à dix minutes, le soulagement éprouvé est net : le malade se sent presque euphorique. Nous laissons le porte-coton en place de trente à quarante minutes.

La cessation des douleurs qui suit notre imprégnation du ganglion sphéno-palatin peut être définitive à la suite d'une application unique. Malheureusement, l'effet obtenu n'est pas toujours durable. Il faut alors répéter l'opération les jours suivants.

Nous devons signaler quelques incidents possibles : quelquefois, nous avons observé, chez les sympathicotoniques, des phénomènes nauséux et des crises de suffocation. Une fois une jeune femme émotive a présenté

une syncope après une quarantaine de minutes d'application.

Pour renforcer l'efficacité de la méthode dans le traitement des alvéolites consécutives à l'extraction d'une dent inférieure, il nous a semblé opportun d'associer à l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin l'anesthésie tronculaire à l'Epine de Spix : en effet, le traumatisme des filets radiculaires sessiles sur le tronc du nerf dentaire inférieur provoquent un ébranlement, une excitation de ce dernier qui retentissent secondairement sur le sympathique.

Il y a donc avantage à anesthésier le nerf lui-même avant d'agir sur le sympathique.

En pratique, voici comment nous procédons :

— Dans un premier temps, nous pratiquons l'anesthésie tronculaire et l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin.

— Dans un second temps, nous profitons de l'insensibilisation obtenue, pour procéder au nettoyage de l'alvéole, et à la mise en place d'une pâte désinfectante et analgésiante.

Cette technique nous a donné des résultats très satisfaisants dans les cas de névralgies violentes: nous avons constaté une cessation des douleurs spontanées presque totale, même après la réapparition de la sensibilité.

En résumé, dans les alvéolites du maxillaire supérieur et dans les alvéolites moyennes du maxillaire inférieur, nous pratiquons la simple anesthésie du ganglion sphéno-palatin.

Dans les formes avec névrite du nerf maxillaire inférieur, nous avons recours à l'association des deux anesthésies portant sur le tronc nerveux et sur le sympathique.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Nous donnerons tout d'abord une statistique du nombre d'extractions pratiquées dans le service et du nombre d'alvéolites observées à la suite de ces extractions.

Pendant la période qui s'étend du 1^{er} janvier au 1^{er} octobre 1943, il a été pratiqué 1.658 extractions dans le service de Stomatologie de l'Hôpital Bichat; à la suite de celles-ci, nous avons relevé 21 cas d'alvéolites aiguës. Pendant la même période, 5 malades sont venus consulter, porteurs d'alvéolites aiguës apparues à la suite d'avulsions pratiquées hors du service. De sorte que nous avons observé au total 26 cas d'alvéolites aiguës en dix mois, sur lesquels 7 étaient consécutives à des extractions de dents supérieures, et 19 à la suite d'extractions de dents inférieures. Ce qui nous donne une fréquence de 1,3 pour cent. Ces chiffres sont sensiblement inférieurs à ceux déjà cités de l'Américain Krogh, qui, à la suite de 6.000 extractions, avait observé 138 cas d'alvéolite, soit une proportion de 2,3 pour cent.

Nous classerons nos observations d'après la forme clinique des cas qu'elles rapportent: tout d'abord, nous commencerons par deux observations de douleurs post-opératoires à la suite de traumatisme direct du nerf dentaire inférieur consécutif à l'avulsion de dents de sagesse.

OBSERVATION N° 1

Madame T..., 35 ans, vient consulter le 26 août 1943 pour de violentes douleurs siégeant au maxillaire inférieur droit. La malade nous raconte alors l'effarante histoire suivante :

Huit jours auparavant, de passage à Laval et souffrant au niveau d'une dent inférieure droite, elle va trouver un dentiste qui pratique sous anesthésie locale une première tentative d'avulsion de d5. Après fracture de la couronne, la luxation de la racine est finalement obtenue sans extraction chirurgicale et la malade soulagée rentre à Paris. Quatre jours après son retour elle éprouve à nouveau de violentes douleurs identiques aux premières quant au siège. Elle va alors consulter un second dentiste qui, pensant à une lésion possible de d8 (malgré que la couronne soit intacte ainsi que nous avons pu le constater), pratique sous anesthésie locale une tentative d'avulsion de la dent de sagesse qui se termine par une fracture en biseau de la racine. Ne pouvant atteindre le fragment radiculaire restant, le dentiste sacrifie alors d7 (parfaitement intacte) pour se donner du jour ! Après une heure de tentatives infructueuses et horriblement douloureuses, il renonce à extraire la racine de d8 et renvoie la malade qui vient nous consulter le lendemain. La malade est très fatiguée car depuis trois nuits elle ne dort pas en dépit de l'aspirine absorbée à dose massive. A l'examen exo-buccal, ni tuméfaction, ni ganglion. A l'examen endo-buccal, nous constatons la présence d'une alvéolite au niveau de d5 et des plaies opératoires béantes au niveau de d7 et d8. Nous pratiquons sur-le-champ l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin et après 20 minutes d'imprégnation la malade complètement soulagée est envoyée au service de radiographie. La malade revient nous voir le lendemain 27 août. Les douleurs sont réapparues dans la soirée de la veille, mais la malade a bien dormi en prenant 1 g. d'aspirine. Sur le film radiographique extra-buccal, nous constatons la présence de la racine de d8 dont l'apex semble plonger dans le canal dentaire inférieur. La malade mise en confiance réclame l'avulsion immédiate et sur les conseils de M. Fleury nous pratiquons — sous anesthésie tronculaire complétée par l'injection locale de 2 cc de novocaïne adrénalinée — l'extraction chirurgicale de d8. Extraction très laborieuse d'ailleurs : la trépanation de l'os est indolore mais l'avulsion de l'apex déclenche une réaction névralgique très

violente que l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin se révèle impuissante à calmer au bout de 20 minutes d'application. Nous infiltrons alors 2 cc de novocaïne dans la périphérie de l'artère faciale et en cinq minutes nous obtenons une cessation complète des douleurs. Nous prescrivons des suppositoires de morphine pour le cas d'un réveil brutal de la douleur dans le courant de la journée. La malade revient le lendemain : elle a bien dormi et ne souffre presque plus. Nous la renvoyons au surlendemain. Le 30 août, la malade nous déclare qu'elle souffre plus violemment depuis la veille au soir. Nous retirons la mèche iodoformée mise en place après l'avulsion, mais nous déclenchons à nouveau une violente réaction névralgique qui est à nouveau calmée en dix minutes par une infiltration novocaïnique péri-faciale. Le 2 septembre, elle souffre à nouveau et présente une alvéolite au niveau de d8 : anesthésie du ganglion sphéno-palatin pendant trente minutes. Amélioration immédiate et qui persiste deux jours. Le 4 septembre, devant la réapparition des douleurs, nous pratiquons l'anesthésie tronculaire à l'opine de spix et l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 30 minutes. Soulagement immédiat et disparition définitive des douleurs. Nous revoyons la malade le 8 septembre; elle ne présente plus aucune symptomatologie douloureuse.

OBSERVATION N° 2

Mademoiselle L..., 18 ans, vient consulter dans le service le 12 septembre 1943 pour des douleurs de l'hémi-face gauche irradiées vers l'apophyse mastoïde.

Elle souffre depuis dix jours environ et éprouve quelque gêne à ouvrir la bouche. Nous apprenons qu'elle est soignée depuis plusieurs mois chez un dentiste pour le traitement d'une molaire supérieure gauche et d'une molaire inférieure gauche. A l'examen, nous constatons des signes d'arthrite subaiguë au niveau de G7. Après confirmation radiologique du diagnostic, nous pratiquons l'avulsion de G7 sous anesthésie locale et avec curetage alvéolaire. Le surlendemain,

la malade revient nous voir : elle souffre de son extraction depuis la nuit précédente mais pendant les 48 heures elle a continué à éprouver les mêmes douleurs irradiées vers l'oreille. Le trismus s'est accentué. A l'examen, léger gonflement de la région de l'angle maxillaire gauche et adéno-pathie sous-maxillaire légère du même côté. Nous pratiquons l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin pendant quarante minutes. Soulagement immédiat; nous nettoions l'alvéole de G7 et appliquons une pâte eugénol-scufoforme et nous envoyons la malade à la radiographie pour un film extra-buccal du maxillaire inférieur gauche. Le lendemain 15 septembre, la malade revient : elle a pu dormir la nuit et n'a que légèrement souffert; sur le film radiographique nous constatons que g7 (dent en traitement chez le dentiste) ne présente aucune lésion apicale décelable, mais nous constatons la présence de g8 en voie de désinclusion et en position horizontale venant buter sur g7.

L'alvéolite de G7 étant guérie, le 20, M. Fleury procède à l'extraction chirurgicale de g8 sous anesthésie tronculaire. Extraction laborieuse à l'issue de laquelle M. Fleury nous prie de noter la présence du paquet vasculo-nerveux mis à nu au fond de l'alvéole déshabité. Mèche iodoformée à demeure. Le 22, la malade revient, elle a souffert assez violemment les deux soirs précédents, mais elle a pu calmer la douleur et dormir en prenant deux fois 2 comprimés d'Al-lonal. Le trismus est considérable, l'état général reste bon. Nous renvoyons la malade au lendemain. Elle revient donc le 23 : elle souffre beaucoup et dans la dernière nuit elle n'a pu dormir. Après relâchement du trismus obtenu par anesthésie d'un quart d'heure au sphéno-palatin, nous pratiquons l'anesthésie tronculaire. Nous changeons la mèche et laissons se faire l'imprégnation du ganglion sphéno-palatin pendant 45 minutes. La malade revient le 25, n'ayant presque pas souffert. Le 27, on change la mèche qu'on enlève définitivement le 30. La malade va bien et a repris depuis lors ses occupations.



Nous allons rapporter maintenant une série de dix cas d'alvéolites traitées avec succès par la méthode d'anesthésie du ganglion sphéno-palatin.

OBSERVATION N° 3

M. D..., 39 ans, vient le 19 janvier 1943 pour l'extraction de la racine de D5, fracturée chez un dentiste. Extraction chirurgicale sous anesthésie locale.

Revient le 23 janvier. N'a pas souffert pendant trois jours, mais souffre violemment depuis la veille : alvéolite. Lavage au Dakin. Anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 30 minutes. Soulagement immédiat.

Le malade revient le 26. Il a encore ressenti quelques douleurs la nuit précédente. Nouvelle application : 30 minutes. Nous ne revoyons plus le malade ensuite.

OBSERVATION N° 4

Madame L..., 54 ans, vient consulter le 17 août. Arthrite apicale aiguë sur D7. Extraction sous anesthésie locale. Curetage. Malade hospitalisée pour sinusite maxillaire droite depuis le 5 août. A subi deux ponctions de sinus. La malade revient le 20 août. Ne dort pas la nuit depuis deux jours. Fortes névralgies. Anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 30 minutes. Soulagement au bout de 5 minutes. La malade revient le lendemain et se plaint d'avoir souffert à nouveau la nuit. Nouvelle application : 40 minutes. La malade revient pour la troisième fois le 26 et se plaint que les douleurs nocturnes sont réapparues la nuit précédente. Nouvelle application : 40 minutes, soulagement immédiat. Nous avons revu la malade le 7 octobre pour un autre traitement et elle nous a confirmé ne plus avoir souffert après le 26 août.

OBSERVATION N° 5

M^{lle} J..., 20 ans. Bouche septique, défaut d'hygiène. Vient consulter le 17 juin 1943 pour arthrite apicale aiguë sur G5 dont il ne reste que la racine. Anesthésie locale et luxation à l'élévateur : granulome apical, curettage. Revient le 21 juin : alvéolite avec très fortes réactions douloureuses. Lavages au Dakin. Anesthésie ganglion sphéno-palatin : 45 minutes. Soulagement immédiat.

Revient le 22 : douleurs réapparues quatre heures après application. Nouvelle anesthésie : 45 minutes. Lavage au Dakin, pâte Eugénol-scufoforme.

La malade ne revient que le 2 juillet. Pendant les dix jours, elle n'a presque rien senti. Elle revient, car elle présente maintenant une alvéolite suppurée et plusieurs séquestres mobilisés blessent la plaie alvéolaire. Nous pratiquons un curettage alvéolaire sous anesthésie locale et anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 40 minutes. Nous n'avons plus revu la malade.

OBSERVATION N° 6

Madame D..., 29 ans. Bouche en parfait état. Vient consulter le 21 juin 1943. Pulpite aiguë sur g6, dent fracturée depuis 8 jours. Fracture intéressant la racine. Anesthésie locale. Extraction laborieuse avec fracture de la table externe. Revient le 24 : alvéolite. Lavage et pâte Eugénol-scufoforme. Revient le lendemain. Aucune rémission : violentes douleurs irradiées à la face, surtout nocturnes. Aucun sommeil depuis deux jours. Anesthésie ganglion sphéno-palatin : 45 minutes. Disparition complète de la douleur au bout de 10 minutes. Dans l'alvéole, pâte Eugénol-scufoforme.

Le 26 juin : n'a pas souffert pendant cinq heures, mais douleurs réapparues calmées par l'absorption de 1 g. 5 d'aspirine. Sommeil normal. Nouvelle application d'anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 40 minutes. Les douleurs ont

complètement disparu à la suite de cette seconde application.

OBSERVATION N° 7

M. M..., 22 ans. Bouche septique. Pulpite aiguë sur G6. Extraction pratiquée le 8 juillet 1943. Revient le 13 juillet : souffre assez violemment depuis la veille au soir. Insomnie. Lavage et pâte Eugénol-scuroforme. Revient le 15 : réapparition des douleurs depuis la veille au matin, n'a pu dormir la nuit précédente malgré 3 g. d'aspirine. Nettoyage de l'alvéole et anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 30 minutes. Soulagement immédiat. Le malade étant garçon de salle de l'hôpital, nous l'avons revu ensuite et il nous a déclaré n'avoir plus souffert après cette dernière application.

OBSERVATION N° 8

M. B..., 28 ans, vient consulter dans le service le 14 août 1943. Le malade est allé chez un dentiste quinze jours auparavant pour subir l'extraction de d5. La dent a été fracturée au cours de la tentative d'avulsion. Le dentiste a prévenu son patient qu'il n'avait pas à s'inquiéter s'il souffrait un peu et que « tout cela passerait ». Mais devant la persistance des douleurs, le malade vient consulter. L'alvéolite en est au stade d'alvéolite prolifératrice et demeure douloureuse. Nous pratiquons l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 30 minutes. Suppression immédiate de la douleur. Radio demandée. Sur le film intra-buccal, nous voyons le surlendemain l'apex restant. Le malade soulagé réclame l'avulsion immédiate. Extraction chirurgicale sous anesthésie tronculaire. Mèche iodoformée après curettage. Le 20 août, la mèche est enlevée. Le malade n'a plus rien ressenti depuis la seule application du 14 août.

OBSERVATION N° 9

M^{me} G..., 29 ans, infirmière de l'hôpital Bichat, demande qu'on retire les racines de d7 qui ne présentent aucune réac-

tion d'arthrite. Extraction pratiquée le 25 août sous anesthésie locale. Racines difficiles à luxer en raison de l'hypercémentose radiculaire. La malade revient le 30 août. Névralgies très violentes surtout la nuit depuis deux jours, malgré l'aspirine à doses massives. Insomnie complète. Alvéolite aiguë. Anesthésie du ganglion sphéno-palatin: 30 minutes. Soulagement immédiat.

Revient le lendemain : réapparition d'une légère douleur nocturne calmée par 1 g. d'aspirine.

Deuxième application : 30 minutes. La disparition des douleurs est définitive.

OBSERVATION N° 10

M^{lle} G..., 34 ans. Extraction de D3 faite chez un dentiste, le 25 août. Vient consulter le 30 août 1943 pour de violentes névralgies surtout nocturnes, apparues depuis deux jours. Alvéolite sèche. Lavage au Dakin. Anesthésie du ganglion sphéno-palatin. Durée de l'application : 35 minutes. La malade est revue le 1^{er}, le 2 et le 6 septembre; elle n'a plus ressenti aucune douleur.

OBSERVATION N° 11

M^{lle} P..., 19 ans. Bouche très septique, aucun soin d'hygiène. Le 13 septembre 1943, extraction de d7. Arthrite aiguë. Sous anesthésie tronculaire complétée par anesthésie locale; curettage. Le 18, alvéolite sèche avec douleurs très modérées. Lavage et pâte Eugénol-scuroforme. Revient le 21 septembre. Les douleurs sont violentes depuis la veille, surtout la nuit. Anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 40 minutes. Badigeonnage de toute la cavité buccale au bleu de méthylène.

Revient le 22 : aucune douleur jusqu'à la veille au soir, puis légère douleur calmée par 0 g. 50 d'aspirine, mais réveillée au milieu de la nuit par violente douleur qui persiste.

Deuxième application au ganglion sphéno-palatin : 45 minutes; pâte Eugénol-scuroforme-aristol.

Revient le 23 : même tableau que précédemment, même douleur nocturne.

Troisième application au ganglion sphéno-palatin : 45 minutes.

Revient le 25 : amélioration ayant persisté 36 heures.

Quatrième application de 35 minutes à la suite de laquelle les douleurs ont définitivement disparu.

OBSERVATION N° 12

M^{lle} L..., 15 ans 1/2, soignée dans le service depuis le 20 septembre 1943 pour une stomatite ulcéreuse accompagnant l'éruption de d8. Les accidents de stomatite sont en voie d'amélioration quand le 30 septembre la malade ressent des douleurs de pulpite au niveau de g6 dont la couronne est très abîmée. On décide de pratiquer l'avulsion sur-le-champ. g6 est retirée très facilement sous anesthésie tronculaire. La malade revient le 2 octobre : alvéolite sèche avec violentes douleurs nocturnes. Anesthésie du ganglion sphéno-palatin : 40 minutes. Pâte Eugénol-scuroforme. Soulagement immédiat. Revient le 4 octobre. Douleurs réapparues cinq heures après l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin, mais calmées par l'absorption de deux fois 4 comprimés de Néalgyl.

Deuxième application : 40 minutes. Pâte Eugénol-scuroforme.

Revient le 8 octobre : quelques légères douleurs. N'a plus souffert depuis le 11 octobre.

*
**

Nous allons maintenant rapporter trois observations d'alvéolites suppurées dont les deux dernières sont restées complètement indolores jusqu'à ce stade.

OBSERVATION N° 13

M^{lle} L..., 22 ans, vient consulter le 14 décembre 1942. Elle présente une arthrite apicale aiguë de g6 compliquée d'une réaction de cellulite du côté du plancher de la bouche. Réaction fébrile à 38. On pratique l'extraction de g6 sous anesthésie tronculaire. Curettage alvéolaire. Lavage abondant au Dakin. 8 comprimés de Rubiazol.

Revient le lendemain : température 37°4. Etat général satisfaisant. Localement la plaie semble normale. L'empatement du plancher buccal persiste. Pas de douleurs spontanées. Pas de douleur provoquée sur le bord basilaire. Lavage au Dakin. Rubiazol : 8.

Le 17 : état général satisfaisant; plus de fièvre. Localement va bien. Lavage. Rubiazol : 6.

Le 19 décembre : forte réaction douloureuse localisée à l'alvéole depuis la veille. Insomnie. Alvéolite. Léger empatement du plancher. Lavage; pâte scuroforme-eugénol. Le Rubiazol est arrêté.

Le 21 décembre : la malade continue de souffrir localement, surtout la nuit. Lavage, pâte Eugénol-scuroforme. Réaction de cellulite disparue.

Le 23 décembre : atténuation des douleurs depuis la veille. Lavage; pâte Eugénol-scuroforme.

La malade ne revient que le 11 janvier 1943.

Elle ne souffre plus depuis le 23 décembre, mais présente une alvéolite suppurée typique avec élimination de plusieurs petits séquestres mobilisés.

M. Fleury pratique le curettage alvéolaire sous anesthésie locale. La malade, revue huit jours après, n'a ressenti aucune douleur.

OBSERVATION N° 14

Mme G..., 39 ans. Le 22 février 1943, pulpite aiguë sur d3 et d4. Extractions sous anesthésie tronculaire. Fracture de

d4 au cours de l'opération. Extraction chirurgicale de l'apex restant. Poudre de septoplix « in situ ». La malade revient le 3 mars, pour nous demander l'avulsion de g3 et g4. Pendant les dix jours écoulés, elle n'a presque rien ressenti. Pourtant elle présente une alvéolite suppurée avec petits séquestres mobiles que nous retirons facilement. Pâte Eugénol-scuroforme après curettage léger.

La malade revient le 12 mars pour l'extraction de g3 et g4; elle ne souffre pas du niveau de d3 d4. Cicatrisation normale.

OBSERVATION N° 15

M. S..., 40 ans, du personnel hospitalier de Bichat. Le 2 mars 1943, avulsion de D7 atteinte d'arthrite apicale aiguë sous anesthésie locale.

Alvéolite prolifératrice constatée le 11 mars. Aucune douleur spontanée mais douleur provoquée par un fragment de table externe mobile. Ablation du séquestre. Lavage; pâte Eugénol-scuroforme.

Revient le lendemain. Ne ressent plus rien.

Pâte Eugénol-scuroforme. N'a plus souffert ensuite.



Nous venons de rapporter 15 observations sur les 26 cas d'alvéolite observés. Sur les 11 cas restants, 7 ont été traités localement : les douleurs ont cédé à la simple désinfection de l'alvéole et à l'application de la pâte eugénol-scuroforme.

Quant aux 4 derniers cas, nous ne pouvons donner les résultats obtenus, les malades n'étant pas revenus nous voir après une application unique du traitement.

En résumé, nous devons tirer de cette série d'observations les conclusions suivantes :

D'abord, dans les névralgies par traumatisme direct

du nerf dentaire inférieur — véritables névrites symptomatiques —, c'est seulement la mise en œuvre concomitante des modes d'anesthésies régionale et sympathique, qui nous ont donné des résultats durables et même définitifs.

Dans les cas de douleurs d'alvéolite aiguë, l'anesthésie du ganglion sphéno-palatin a dans tous les cas apporté la suppression immédiate des douleurs. Le même soulagement a été obtenu à chaque nouvelle application. Même dans les cas où cette méthode n'a eu qu'une action passagère, nous avons presque toujours constaté que les douleurs cédaient à l'action des hypnotiques et des analgésiques absorbés *per os*.

Il semble bien que l'effet des thérapeutiques sympathiques est non seulement de suspendre la douleur, mais de rendre le malade sensible à d'autres médications analgésiantes inefficaces sans leur action préalable.

Nous allons tirer, dans notre conclusion générale pour la conduite du traitement, la sanction logique qui résulte à la fois de ces observations cliniques et de nos conceptions pathogéniques.

CONCLUSION

L'alvéolite aiguë est une affection relativement rare, mais devant laquelle le praticien de l'Art dentaire est resté longtemps désarmé, faute d'en comprendre la signification et de disposer des moyens nécessaires pour la combattre.

Nous nous sommes efforcé d'éclairer la question :

- par nos études anatomo-pathologique et clinique qui ont permis de délimiter le cadre exact de cette entité morbide,
- par l'énumération des facteurs étiologiques, et l'exposé de nos conceptions pathogéniques sur lesquelles nous avons assis les bases de notre thérapeutique,
- par nos observations qui nous permettent de voir qu'il n'existe pas une méthode unique de traitement, mais que nous tirerons le plus grand bénéfice de l'association des médications anciennes avec les méthodes d'action modernes sur le sympathique.

Leriche a montré comment la douleur — réponse des centres à une excitation périphérique — emprunte le système sympathique pour se renforcer et se prolonger elle-même.

Le vieil adage: « Supprimez la cause, vous supprimez l'effet », n'est pas vrai pour la douleur. La douleur, grâce au sympathique, survit à la disparition de la cause qui lui a donné naissance. Le sympathique est — pourrait-on dire — la mémoire des « injures extérieures » !

Nous dirons donc en conclusion que la thérapeutique idéale de l'alvéolite aiguë exige la mise en œuvre de 4 modes d'action différents.

Nous chercherons successivement à supprimer :

- D'abord la cause d'irritation elle-même en pratiquant la désinfection et l'analgésie de l'alvéole,
- puis le « souvenir » de cette irritation en anesthésiant le sympathique,
- ensuite le moyen de transmission de l'irritation, en coupant la voie de passage par l'anesthésie tronculaire,
- Enfin l'effet produit en usant d'une thérapeutique centrale de la douleur par l'emploi des médicaments analgésiques.

Telle est notre conception du traitement de l'alvéolite aiguë.

Vu,

Le Doyen,
BAUDOUIN

Vu,

Le Président de Thèse,
LEMAITRE

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
GILBERT GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

- ALAJOUANINE et THUREL. — Algies faciales post-traumatiques. Guérison par anesthésie du ganglion sphéno-palatin. (*Revue neurologique*, I, pp. 404-407, 1934.)
- CADENAT et BOISNIÈRE. — Note sur l'emploi de l'association histamine-histidine dans le traitement des alvéolites. (*Revue de Stomatologie*, p. 457, 1938.)
- CHOMPRET. — De l'emploi du scuroforme en stomatologie. (*Revue de Stomatologie*, p. 349, 1922.)
- DECHAUME. — La douleur après les extractions dentaires; rôle du Sympathique. (*La Presse Médicale*, n° 24 du 24 mars 1937.)
- KROGH. — Les conditions d'apparition de l'alvéolite. (Cité dans la *Revue de Stomatologie*, p. 271, 1938.)
- LERICHE. — La chirurgie de la douleur. (Masson, éditeur, 1937; nouvelle édition, 1940.)
- SCHNEIDER (E.). — Considérations sur l'étiologie et le traitement des alvéolites consécutives aux extractions. (*Revue d'Odontologie*, p. 31, 1928.)
- SCHROFF et BARTELS. — Alvéolites consécutives aux extractions. (*The Journal of Dental Research*, avril 1929, cité dans *Revue de Stomatologie*, p. 251, 1930.)
- TAHUREL. — Les algies faciales. (Concours médical du 16 mars 1932, cité dans *Revue d'Odontologie*, p. 780, 1932.)
- TELLIER et BEYSSAC. — Les algies faciales en stomatologie. (*Revue de Stomatologie*, p. 328, 1935.)

